

Organisatie en inrichting van gebruiksruimten in Nederland (2003-2010)

Petra Havinga en Agnes van der Poel*

In 1994 is in Maastricht de eerste officiële gebruiksruimte geopend, waar (dakloze) harddrugsverslaafden op hygiënische wijze en in een rustige en veilige omgeving drugs kunnen gebruiken. Vanaf die tijd nam in Nederland het aantal gebruiksruimten snel toe. Echter, er verblijven steeds minder drugsgebruikers op straat, injecterend drugsgebruik is afgenomen en alcohol lijkt een belangrijker middel te worden. In hoeverre is dit van invloed op de organisatie en inrichting van gebruiksruimten anno 2010? En wat zijn de opmerkelijkste verschillen met het begin van deze eeuw?

Inleiding

Zo'n tien jaar geleden was een gebruiksruimte¹ nog een tamelijk nieuwe voorziening (Linssen, De Graaf & Wolf, 2002). Overlast door drugshandel en gebruik van drugs op straat waren de aanleiding tot de opzet ervan. Nederland kent informele gebruiksruimten sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw en Duitsland en Zwitserland sinds de jaren tachtig. In de jaren negentig nam de maatschappelijke acceptatie van gereguleerd drugsgebruik toe en ontstonden de eerste formele gebruiksruimten. Formele gebruiksruimten zijn gebruiksruimten die met goedkeuring van het Openbaar Ministerie door de verslavingszorg beheerd worden (Linssen, De Jong & Wolf, 2000). Op 10 juni 1994 opende de eerste formele gebruiksruimte in Maastricht, het Opgang en Advies Centrum (OAC), destijds beheerd door het Consultatiebu-

* Drs. P. Havinga en dr. A. van der Poel zijn beiden wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: phavinga@trimbos.nl.

1 Een gebruiksruimte is een voorziening waar (dakloze) harddrugsverslaafden op hygiënische wijze en in een rustige en veilige omgeving drugs kunnen gebruiken. Een gebruiksruimte beoogt overlast in de buurt te verminderen en gezondheidsschade bij drugsgebruikers te beperken ('harm reduction'; Linssen e.a., 2002).

reau voor Alcohol en Drugs Limburg (Bransen, Van 't Land & Wolf, 2004). Begin van deze eeuw kenden Nederland, Duitsland, Spanje en Zwitserland geformaliseerde gebruiksruidten (Drug Policy Expert Committee, 2000). Vanaf die tijd nam het aantal gebruiksruidten in Nederland snel toe, aanvankelijk vooral in grote steden (zoals Amsterdam, Rotterdam en Maastricht). Tegenwoordig maken gebruiksruidten deel uit van het aanbod van de meeste verslavingszorginstellingen en is deze voorziening in meer dan 25 steden te vinden.

De gebruiksruidten en de bezoekende groep drugsgebruikers zijn in het laatste decennium sterk veranderd. De afname van het aantal feitelijk dakloze mensen is hier mede debet aan geweest (Van der Poel, Barendregt & Van de Mheen, 2008; Maas, Planije & Been, 2010). Door extra inspanningen van overheid, gemeenten en maatschappelijke opvanginstellingen kreeg de populatie feitelijk daklozen - voor een belangrijk deel chronisch drugsverslaafd - in het afgelopen decennium onderdak in voorzieningen (Ministerie van VWS, 2006; Reinking, Van Ameijden, Van Bergen & Wolf, 2010). Hierdoor nam het drugsgebruik op straat en de overlast van drugsdealen af (Lempens, Boers & Maalsté, 2004; Van de Mheen, Van der Poel, Lempens & Maalsté, 2007; Maas e.a., 2010; Maas & Planije, 2010). Tevens werd de toeloop naar de gebruiksruidten kleiner. Van invloed op de gebruiksruidten is ook het veranderende drugsgebruik bij bezoekers geweest. Zo nam het injecterend drugsgebruik in de afgelopen jaren af (Hoogenboezem, Ensdorff & Croes, 2008; Croes & Gageldonk, 2009; Van Laar, Cruts, Van Ooyen-Houben, Meijer & Brunt, 2010). Van de Nederlandse heroïnegebruikers injecteert tegenwoordig nog zo'n 10 procent (Croes & Gageldonk, 2009). In 1994 injecteerde 16 procent van de primair opiaatgebruikers in ambulante behandeling drugs (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem, 1994). Als we kijken naar veldsteekproeven eind jaren negentig in verschillende grote steden, dan blijkt 15-20 procent van de harddrugsgebruikers drugs te injecteren (Van Laar e.a., 2001).

In dit artikel beschrijven wij de organisatie en inrichting van de gebruiksruidten in 2010 en de eventuele verschillen hierin met de gebruiksruidten van het begin van deze eeuw. De twee te beantwoorden vragen in dit artikel zijn: hoe functioneren de gebruiksruidten in Nederland anno 2010? En zijn er verschillen in vergelijking met 2003?

Methode

In oktober 2010 telde Nederland 37 gebruiksruidten. Bij de managers en teamleiders van deze gebruiksruidten hebben wij toen vragenlijsten uitgezet. Van 30 gebruiksruidten kregen wij een ingevulde vragen-

lijst terug (respons 81 procent). Er zijn managers die meer dan één gebruiksruijnte beheeren. In totaal vulden 23 managers en teamleiders een vragenlijst in. Thema's die in de vragenlijst aan bod kwamen, zijn doelen, organisatie, inrichting en omgeving, beoogde doelgroep en toelating, aanbod, huisregels en personeel.

Al eerder is onderzoek gedaan naar het functioneren van gebruiksruijnten. In 2002 verscheen er op basis van een inventarisatie van gebruiksruijnten in het voorgaande jaar een handreiking (Linssen e.a., 2002), tevens bedoeld als hulp bij het nemen van besluiten over de organisatie en inrichting van een nieuwe gebruiksruijnte. In 2003 volgde een studie waarin trends en ontwikkelingen bij de gebruiksruijnten werden onderzocht (Bransen e.a., 2004). In het onderzoek in 2010 zijn dezelfde thema's onderzocht als in deze laatste peiling in 2003. Daar waar mogelijk worden in dit artikel de resultaten van de eerdere onderzoeken vergeleken met de uitkomsten van het onderzoek in 2010. In de eerdere onderzoeken waren alle operationele gebruiksruijnten geïnccludeerd. In 2001 waren dat er 20 en in 2003 waren dat er 32. De resultaten in ons onderzoek van 2010 hebben betrekking op 30 van de 37 gebruiksruijnten in Nederland.

Resultaten

DOELEN EN FUNCTIE

In 2010 golden overlastbestrijding en beperking van gezondheidsscha- de als de belangrijkste doelen van een gebruiksruijnte. In vergelijking met 2003 lijkt er minder nadruk te liggen op het bestrijden van overlast als belangrijkste doel. Anno 2010 zijn er meer gebruiksruijnten die beide doelen nastreven. De doelen zijn bij ruim de helft van de gebruiksruijnten vastgesteld in overleg met (potentiële) bezoekers. Gebruiksruijnten kunnen ten minste drie functies vervullen, namelijk die van bezemwagen, vangnet en springplank (zie kader). De resultaten laten zien dat bijna drie kwart van de gebruiksruijnten de uitvoering van meerdere functies ambieert. In 2010 vervullen nagenoeg alle gebruiksruijnten een vangnetfunctie, vervult twee derde een springplankfunctie en bijna de helft een bezemwagenfunctie.

Bezemwagen, vangnet of springplank

De functie van de gebruiksruijnte drukt uit waar de voorziening voor staat. Wil de gebruiksruijnte bezemwagen, vangnet of mis- schien ook springplank zijn? Als bezemwagen zijn gebruiksruijnten vooral bedoeld om mensen die niet in het straatbeeld passen van straat te halen. Als vangnet leggen gebruiksruijnten

zich erop toe drugsgebruikers op te vangen, de gelegenheid te geven drugs te gebruiken en hen van de meest noodzakelijke medische en maatschappelijke zorg te voorzien. Als springplank streven gebruiksruidten naar verbetering van levensomstandigheden, toeleiding naar andere voorzieningen en inschakeling van derden bij verdere resocialisatie (Linssen e.a., 2002, p. 5).

ORGANISATIE EN DRAAGVLAK

Het aantal gebruiksruidten nam in de periode 2003-2010 toe van 32 naar 37. Ruim drie kwart van deze ruidten is voor 2006 opgericht. Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen geïntegreerde en specifieke gebruiksruidten. Een geïntegreerde gebruiksruidte maakt deel uit van een (meestal al langer bestaande) laagdrempelige opvangvoorziening. Een specifieke gebruiksruidte is functioneel en wat betreft toegang niet verbonden aan een bestaande voorziening; de ruidte staat op zichzelf (Linssen e.a., 2002). Het aantal geïntegreerde gebruiksruidten nam in de loop van de jaren sterk toe. Het aantal specifieke voorzieningen groeide van 2001 tot 2003 sterk, maar nam vervolgens af (zie tabel 1).

In de periode van oprichting bestond er volgens bijna alle managers voor de gebruiksruidten voldoende draagvlak bij instellingen voor verslavingszorg, instellingen voor maatschappelijke opvang en politie. Het draagvlak bij buurtbewoners was in de periode van oprichting bij de helft van de gebruiksruidten voldoende. In 2010 blijkt dit draagvlak aanzienlijk groter: bij ruim drie kwart is het draagvlak bij buurtbewoners voldoende.

SOORTEN RUIDTEN EN CAPACITEIT

De meeste gebruiksruidten kennen een rookruidte en een spuitruidte. Opvallend is dat in 2010 vijf gebruiksruidten slechts over een enkele ruidte beschikken, waar gebruikers zowel kunnen roken als injecteren. In 2003 gebeurde het roken en injecteren in elke gebruiksruidte nog gescheiden. Drie gebruiksruidten hebben in 2010 alleen een rookruidte en twee hebben uitsluitend een spuitruidte.

Tabel 1. Aantal geïntegreerde en specifieke gebruiksruidten.

Gebruiksruidte	2001	2003	2010
Geïntegreerd	13	17	25
Specifiek	7	15	5
Totaal	20	32	30

Het gemiddeld aantal plaatsen om te injecteren is gedaald van acht in 2003 naar vijf in 2010. Het gemiddeld aantal rookplaatsen is gedaald van zestien in 2003 naar veertien in 2010. De dertig gebruiksruidten kennen gemiddeld vijftien tot zestien plekken waar gerookt en/of geïnjecteerd kan worden, variërend van twee tot vijftig plekken. Vijftien gebruiksruidten beschikken over een huiskamer, waar bezoekers koffiedrinken en bijvoorbeeld televisiekijken.

Het gemiddelde aantal bezoekers per dag is sterk afgenomen: van gemiddeld 36 (in 2003 tot 22 (in 2010). Deze afname is vooral zichtbaar bij geïntegreerde ruidten.

Waar in 2003 alcohol ‘not done’ was in gebruiksruidten, is dat in 2010 niet meer het geval. In elf gebruiksruidten is alcoholgebruik toegestaan: zeven gebruiksruidten hebben een speciale alcoholruimte, in drie mag er gedronken worden in de rook- en/of spuitruimte, en in één gebruiksruidte is drinken in de huiskamer geaccepteerd.

OPENINGSTIJDEN

Ruim drie kwart van de gebruiksruidten is anno 2010 elke dag open, ook in het weekend (gemiddeld acht uur per dag, variërend van drie tot vijftien uur). De meeste gebruiksruidten zijn ’s ochtends en ’s middags open. Ruim een derde is ’s avonds enkele uren open. Enkele ruidten hanteren in het weekend andere openingstijden of zijn gesloten.

Er is een verschuiving te constateren in de tijdsduur die bezoekers in de ruidten mogen verblijven, namelijk van onbeperkt (in 2003) naar beperkt (in 2010). In 2010 is de verblijfsduur bij een meerderheid van de gebruiksruidten beperkt. Het toegestane verblijf varieert van 20-120 minuten voor zowel roken als spuiten. Waarom wordt nu vaker een beperkte verblijfsduur toegestaan? Managers geven verschillende argumenten. Allereerst is er de beperking in capaciteit; er zijn minder plaatsen beschikbaar. Ten tweede geeft een kortere verblijfsduur een snellere doorstroming. Daarnaast doorbreekt de beperkte duur volgens de managers het patroon van overmatig drugsgebruik; een korte verblijfsduur draagt volgens hen bij aan beperking van gezondheidsschade bij drugsgebruikers en zorgt daarnaast dat de aandacht ook kan uitgaan naar andere leefgebieden.

TOELEIDING EN TOELATING

Alle gebruiksruidten hanteren criteria voor toelating. Het belangrijkste criterium is een minimumleeftijd (zie tabel 2). In vergelijking met 2003 hanteren gebruiksruidten minder vaak dakloosheid en overlast als toelatingscriteria. Deze criteria behoorden in 2003 tot de vijf be-

Tabel 2. Top-5 van toelatingscriteria bij gebruiksruidten in 2010.

Toelatingscriterium	%
Minimumleeftijd	90
Ingeschreven bij gemeente	70
Ondertekenen contract (akkoordverklaring huisregels)	67
Geregistreerd staan als cliënt bij beherende instelling	67
In bezit van drugs bij betreden ruimte	53

Alle criteria stonden ook in de top-5 van toelatingscriteria in 2003.

langrijkste, in 2010 is dat niet meer zo. De toelatingscriteria worden anno 2010 niet altijd strikt toegepast. Sommige managers gaan soepel om met de criteria van dakloosheid, minimumleeftijd en in het bezit zijn van drugs bij het betreden van de gebruiksruidte.

Bij de toeleiding naar de gebruiksruidte zijn vaak meerdere partijen betrokken. Met toeleiding bedoelen we de manier waarop de bezoeker in contact komt en toegang krijgt tot de gebruiksruidte. In 2010 zijn vooral verslavingszorg en maatschappelijke opvang nauw betrokken bij de toeleiding van bezoekers. In vergelijking met 2003 is de betrokkenheid van de politie bij de toeleiding van bezoekers sterk gedaald.

HUISREGELS

De voorzieningen maken gebruik van regels voor de beheersing van het sociale klimaat en veilig gebruik van drugs. Daarnaast worden bezoekers geacht zelf de gebruikspots schoon te houden. Het doel van de huisregels is bezoekers een veilige en rustige ruimte te bieden (Linssen e.a., 2002). De gebruiksruidten hanteren sancties wanneer bezoekers de huisregels overtreden. De huisregels zijn sinds 2003 nauwelijks veranderd.

AANBOD EN PERSONEEL

De helft van de gebruiksruidten heeft bezoekers betrokken bij het vaststellen van het aanbod. Dit gebeurt veelal via bezoekersvergaderingen, een cliëntenraad of cliënttevredenheidsonderzoek. In 2010 verstrekken alle gebruiksruidten attributen voor veilig gebruik. Het merendeel van de gebruiksruidten verstrekt koffie/thee, brood en warme maaltijden, en biedt de bezoekers sputomruil, mogelijkheden voor persoonlijke verzorging, praktische hulp (zoals kluisjes) en vormen van zorg en begeleiding op locatie. Het aanbod is in 2010 meer gericht

Tabel 3. Beroepsgroepen werkzaam in gebruiksruimten in 2010 (n = 30).

Beroepsgroep	Aantal gebruiksruimten
Medisch personeel (verpleegkundigen)	16
Maatschappelijk werker of sociaalpedagogisch hulpverlener	22
Toezicht- en beveiligingsmedewerkers	16
Medewerkers met training met betrekking tot drugsgebruik	1

op medische zorg dan in 2003; dit geldt met name voor geïntegreerde gebruiksruimten. Het aantal gebruiksruimten dat een artsenspreekuur biedt nam toe van 41 procent (2003) tot 63 procent (2010). Bijna alle gebruiksruimten geven in 2010 op een actieve manier gezondheidsvoorlichting binnen hun voorziening, in 2003 was dit nog niet het geval. Met name de thema's veilig gebruik, infectieziekten en hygiëne krijgen aandacht.

Het merendeel van de gebruiksruimten heeft medewerkers met verschillende achtergronden (zie tabel 3). De toegenomen aandacht voor medische zorg zien we terug in de personeelssamenstelling. Meer dan de helft van de gebruiksruimten heeft verpleegkundigen in dienst, in 2003 was dat bij ongeveer een kwart van de gebruiksruimten het geval. Ook het aantal gebruiksruimten dat maatschappelijk werkers en sociaalpedagogisch hulpverleners in dienst heeft, is sterk toegenomen: van ongeveer een derde (2003) naar ruim twee derde (2010). Ruim een derde van de gebruiksruimten heeft ex-drugsgebruikers in dienst.

Beschouwing

AANTAL GEBRUIKSRUIMTEN EN INSTROOM

Gebruiksruimten zijn bedoeld voor de meest problematische groep harddrugsgebruikers. In 2010 zijn er in Nederland 37 gebruiksruimten, waarvan de meeste opgericht zijn vóór 2006. Het bezoekersaantal is met name bij geïntegreerde voorzieningen sterk afgenomen. Die afname komt waarschijnlijk vooral door de afname van het aantal feitelijk daklozen (Van der Poel e.a., 2008; Maas e.a., 2010).

DOELN EN DOELGROEP

De doelen van de meeste gebruiksruimten zijn in 2010 overlastreductie en het beperken van gezondheidsschade. Er lijkt in vergelijking met 2003 minder nadruk te liggen op overlastbestrijding als belangrijkste doel. Dat houdt waarschijnlijk verband met de eerder gesignaleerde afname van aantallen daklozen. We zien dat gebruiksruimten anno 2010 met name een vangnetfunctie vervullen, waarbij het accent ligt op

het bieden van een rustige en veilige plek voor gebruik. Opvallend is dat overlastreductie ('bezemwagen') meestal de aanleiding was voor de start van de gebruiksruimten. De aandacht voor het beperken van gezondheidsschade lijkt toe te nemen naarmate de ruimte langer bestaat.

Er zijn doelgroepen die een gebruiksruimte anno 2010 wil bereiken, maar niet bereikt. Genoemd worden onder andere Oost-Europeaanen en jongere gebruikers. Welke groepen hebben onvoldoende toegang tot een gebruiksruimte? Om welke aantallen gaat het precies? Waar liggen de oorzaken voor het beperkt bereiken van deze groepen? Op welke alternatieve plekken gebruiken deze doelgroepen? En lopen zij daarmee een grotere kans op gezondheidsschade? Onderzoek is nodig om deze vragen te beantwoorden en eventuele vervolgstappen te bepalen.

INJECTERENDE GEBRUIKERS

In lijn met de verminderende populariteit van het injecterend drugsgebruik (Hoogenboezem e.a., 2008; Croes & Gageldonk, 2009; Van Laar e.a., 2010) zien we dat gebruiksruimten anno 2010 gemiddeld minder spuitplekken hebben dan in 2003. Een aantal gebruiksruimten heeft plekken waar bezoekers zowel kunnen roken als injecteren. Het is mogelijk dat in deze ruimten de plaatsen die aanvankelijk bedoeld waren voor spuiten, nu gebruikt worden voor roken. Sputomruil is in 2010 onderdeel van het aanbod van bijna alle gebruiksruimten. Dit had het gewenste effect: het delen van (gebruikte) spuiten en naalden is de afgelopen jaren flink afgenomen. De vraag naar sputomruil zal echter afnemen door het afnemende aantal injecteerders (Croes & Gageldonk, 2009). De beschikbaarheid van sputomruil blijft belangrijk, omdat door sputomruil minder gebruikers HIV en hepatitis C oplopen, wat weer zorgt voor een behoorlijke besparing van maatschappelijke kosten (Otto, Doosje & Blekman, 2004; Van den Berg, Smit, Van Brussel, Coutinho & Prins, 2007; MacNeil & Pauly, 2011).

ALCOHOL

Alcohol nuttigen is in steeds meer gebruiksruimten toegestaan. Veel bezoekers gebruiken naast harddrugs ook (ruime hoeveelheden) alcohol. Wanneer een gebruiksruimte alcoholgebruik verbiedt, zijn gebruikers gedwongen op straat te drinken. Naast de groep gebruikers van beide middelen, bestaat een groep die vrijwel uitsluitend overmatig alcohol gebruikt. Het is aannemelijk dat alcoholgerelateerde overlast op straat zal afnemen wanneer alcohol genuttigd kan worden in speciaal daartoe bestemde ruimten, net zoals drugsoverlast is afgeno-

men door de opzet van de drugsgebruiksruimten. Onder druk van gemeenten om de overlast van chronisch alcoholverslaafden op straat aan te pakken, zijn alcoholgebruiksruimten ontstaan; ons land telt er inmiddels zeventien (Van Essen, Van der Horst, Wieske, Ruyten & De Jong, 2011).

Richtlijnontwikkeling bleef aanvankelijk achter. Inmiddels is de Richtlijn alcoholgebruiksruimten ontwikkeld door Tactus/NISPA in opdracht van Resultaten Scoren (Van Essen e.a., 2011). Het onderzoek voor deze richtlijn bevestigt dat er geen eenduidigheid bestaat over de organisatie en inrichting van de alcoholgebruiksruimten. Elk van deze ruimten is ontstaan op basis van lokale behoeften en werd vervolgens op basis van lokale ervaringen verder ontwikkeld. Van Essen e.a. (2011, p. 10) omschrijven een alcoholgebruiksruimte als een 'door de verslavingszorg beheerde opvangvoorziening waar sociaal gedesintegreerde alcoholafhankelijke patiënten (met somatische en/of psychiatrische comorbiditeit) alcohol kunnen nuttigen onder professioneel toezicht, en waar rust voor gebruik in een veilige omgeving en koppeling aan zorg centraal staan'. De richtlijn benadrukt het belang van aparte gebruiksruimten voor het consumeren van alcohol en drugs. Zo kan voorkomen worden dat bezoekers elkaars verslavingen overnemen of beide middelen door elkaar gaan gebruiken. De alcoholgebruiksruimte lijkt een opkomende voorziening die betere zorg biedt voor alcoholverslaafden en overlast kan verminderen.

MEDISCH AANBOD

Een positieve ontwikkeling bij de gebruiksruimten is de toegenomen aandacht voor de medische zorg voor bezoekers. Er is ook een trend waarneembaar naar meer medisch geschoold personeel (zoals verpleegkundigen). Het aantal gebruiksruimten dat een artsensprekkuur biedt is vanaf 2003 sterk toegenomen en bijna alle gebruiksruimten geven op een actieve manier gezondheidsvoorlichting over met name hygiëne, veilig gebruik en infectieziekten. Onbekend is hoe frequent die voorlichting wordt geven. Gezondheidsschade en het voorkomen van infectieziekten krijgen in toenemende mate aandacht binnen gebruiksruimten.

Tot besluit

In de afgelopen jaren zijn er steeds minder nieuwe gebruiksruimten opgezet en het bezoekersaantal bij de bestaande gebruiksruimten is sinds 2003 sterk afgenomen. De situatie is zelfs zodanig, dat her en der in het land gebruiksruimten gesloten gaan worden. Wat betekent dit voor het voortbestaan van gebruiksruimten? Het is evident dat ge-

bruiksruidten zich richten op de meest problematische groep: hard-drugsgebruikers die tussen wal en schip vallen als het gaat om zorg en wonen. Een gebruiksruidte voorkomt dat het contact met deze groep wegvalt. Een goede weg is ingeslagen doordat er in gebruiksruidten steeds meer aandacht is voor somatische zorg en gezondheidsschade aan drugsgebruikers. Om gezondheidsschade zoveel mogelijk te blijven beperken, is het noodzakelijk om 'harm-reduction'-strategieën te continueren, zowel in gebruiksruidten als in bijvoorbeeld woonvoorzieningen voor de doelgroep.

Duidelijk is dat er gebruiksruidten beschikbaar moeten blijven. In drie korte statements: gebruiksruidten zorgen voor a beperking van gezondheidsschade bij gebruikers, b vermindering van overlast in de openbare ruidte, en c een groter bereik van hulpverlening onder de gebruikers die er komen.

DANKWOORD

Dit artikel is gebaseerd op *Gebruiksruidten in Nederland. Update van de handreiking bij organisatie en inrichting* (Havinga & Van der Poel, 2011). Die publicatie kwam tot stand met financiering van het ministerie van VWS, in het kader van het Landelijk Netwerk Infectieziekten en Druggebruik (zie www.trimbos.nl; zoek op 'netwerk infectieziekten').

Literatuur

- Berg, C. van den, Smit, C., Brussel, G. van, Coutinho, R., & Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 102, 1454-1462.
- Bransen, E., Land, H. van 't, & Wolf, J. (2004). *Gebruiksruidten in Nederland. Trends en ontwikkelingen 2001-2003*. Utrecht: Trimbos-instituut, Resultaten Scoren.
- Croes, E., & Gageldonk, A. (2009). Preventie en harm reduction. In M. van Laar & M. van Ooyen-Houben (red.), *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid* (pp. 153-185). Utrecht: Trimbos-instituut/Den Haag: WODC.
- Drug Policy Expert Committee (2000). *Heroin. Facing the issues*. Melbourne: State Government of Victoria.
- Essen, J.B. van, Horst, K.A.H. van der, Wieske, E.L., Ruyten, M.C.M., & Jong, C.A.J. de (2011). *Richtlijn alcoholgebruiksruidten*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.
- Havinga, P., & Poel, A. van der (2011). *Gebruiksruidten in Nederland. Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoogenboezem, G., Ensdorff, J., & Croes, E. (2008). *Basecokes en infectieziekten. Risicogedrag en gezondheid onder gemarginaliseerde basecokesgebruikers in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M.W. van, Cruys, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J., van, Meijer, R.F., & Brunt, T. (Eds.) (2010). *Netherlands National Drug Monitor (NDM). Annual Report 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Korf, D., Knibbe, R., Willemsen, M., Rigter, H., & Alem, V. van (red.) (2001). *Nationale Drug Monitor (NDM). Jaarbericht 2001*. Utrecht: Bureau NDM.
- Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (1994). *Intraveneus druggebruik bij primaire problematiek opiaten 1994*. Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg. (Opgevraagd in 2011.)
- Lempens, A., Boers, R., & Maalsté, N. (2004). *Harddruggebruikers in beweging. Aard, omvang en mobiliteit van harddruggebruikers in Rotterdam*. Rotterdam: IVO.
- Linssen, L., Graaf, I. de, & Wolf, J. (2002). *Gebruiksruimten in beeld. Handreiking bij organisatie en inrichting*. Utrecht: Trimbos-instituut, Resultaten Scoren.
- Linssen, L., Jong, W. de, & Wolf, J. (2000). *Gebruiksruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Utrecht: Trimbos-instituut, Resultaten Scoren.
- Maas, M., & Planije, M. (2010). *Monitor plan van aanpak maatschappelijke opvang. Rapportage 2009*. Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Maas, M., Planije, M., & Been, W. (2010). *Monitor Stedelijk Kompas 2009. Plan van aanpak maatschappelijke opvang in 39 centrumgemeenten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- MacNeil, J., & Pauly, B. (2011). Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review*, 30, 26-32.
- Mheen, D. van de, Poel, A. van der, Lempens, A., & Maalsté, N. (2007). Mobility of hard drug users: patterns and characteristics relevant for deconcentration of facilities. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 191-199.
- Ministerie van VWS (2006). *Plan van aanpak maatschappelijke opvang. Het rijk en de vier grote steden*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Otto, M., Doosje, O., & Blekman, J. (2004). *Spuitoomruil*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Poel, A. van der, Barendregt, C., & Mheen, D. van de (2008). Homelessness and other living condition characteristics of drug users 2003-2007, in Rotterdam, the Netherlands. *European Journal of Homelessness*, 2, 235-257.
- Reinking, D., Ameijden, E. van, Bergen, A. van, & Wolf, J. (2010). Het hostel-programma in Utrecht. Gedurfd, innovatief en ... het werkt! *Verslaving*, 6, 5-16.